

INFORMASI TENTANG AYAH KANDUNG

NAMA ANAK:	NOMOR KASUS:
NAMA PETUGAS:	NAMA BADAN:

PETUNJUK PENGISIAN:

- Tulis dalam huruf cetak - menggunakan tinta.
- Isi semua item. Jika Anda tidak mengetahui jawaban untuk suatu item, tulis "tidak tahu".
- Formulir AD 67A terdiri dari dua bagian terpisah. Bagian I berisi informasi "identitas" dan akan dijaga kerahasiaannya. Tidak ada informasi ini yang akan diberikan kepada anak Anda yang diadopsi atau orang tua angkatnya kecuali Anda telah menyerahkan izin tertulis untuk itu. Bagian II berisi informasi "non-identitas" tentang latar belakang dan riwayat kesehatan Anda. Undang-undang Adopsi California mewajibkan salinan dari Bagian II diberikan kepada orang tua angkat anak Anda sebelum keputusan akhir adopsi dan atas permintaan tertulis dari anak yang diadopsi setelah ia mencapai usia 18 tahun.
- Semua informasi yang diminta dalam formulir ini diperlukan untuk menyelesaikan proses adopsi anak Anda.

BAGIAN I - INFORMASI TENTANG IDENTITAS AYAH KANDUNG**A. NNAMA/ALAMAT:**

NAMA AYAH KANDUNG (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)		NAMA LAIN YANG DIKENAL	
NOMOR JAMINAN SOSIAL	NOMOR SURAT IZIN MENGEUDI	TANGGAL LAHIR (BL, TGL, TH)	TEMPAT LAHIR (KOTA, NEG. BAGIAN, NEGARA)
ALAMAT SEKARANG (JALAN, KOTA, NEG. BAGIAN, KODE POS)		NOMOR TELEPON	
ALAMAT SURAT TETAP (JALAN, KOTA, NEG. BAGIAN, KODE POS) *		NOMOR TELEPON TETAP	
		NOMOR (KODE AREA)	
BATASAN UNTUK PENGGUNAAN ALAMAT SURAT TETAP, JIKA ADA			

B. ORANG TUA AYAH KANDUNG

NAMA IBU DARI AYAH KANDUNG (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)		NAMA AYAH DARI AYAH KANDUNG (DEPAN, TENGAH, BELAKANG)			
ALAMAT	JALAN,	KOTA,	ALAMAT	JALAN,	KOTA,
NEG. BAGIAN,	KODE POS	NEG. BAGIAN,	KODE POS		
APAKAH IBU ANDA MENGETAHUI ADOPSIINI?		APAKAH AYAH ANDA MENGETAHUI ADOPSIINI?			
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK TAHU	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> TIDAK TAHU
JIKA DI MASA MENDATANG KAMI PERLU MENCARI ANDA, BOLEHKAH KAMI MEMINTA BANTUAN IBU ANDA?		JIKA DI MASA MENDATANG KAMI PERLU MENCARI ANDA, BOLEHKAH KAMI MEMINTA BANTUAN AYAH ANDA?			
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK		

C. ORANG TUA DARI ANAK:

Apakah Anda dan ibu kandung anak tersebut pernah menikah? Ya Tidak
 Jika Ya, tanggal dan tempat menikah:
 Jika bercerai, tanggal dan tempat bercerai:

Apakah Anda dan ibu kandung anak pernah mencoba untuk menikah? Ya Tidak
 Jika Ya, jelaskan

Apakah Anda sekarang menikah dengan ibu kandung anak? Ya Tidak

D. ANAK-ANAK LAIN:
 Apakah Anda masih memiliki anak selain anak yang diadopsi? Ya Tidak
 Jika Ya, isi item berikut ini.

NAMA ANAK	JENIS KELAMIN L P	TANDAI (/) JIKA SAUDARA SEDARAH DARI ANAK YANG DIADOPSI KANDUNG TIRI		TANGGAL LAHIR ANAK	SIAPA YANG MENGASUH ANAK INI? (Jelaskan hubungan pengasuh dengan anak tersebut)
		KANDUNG	TIRI		
1.					
2.					
3.					
4.					

* CATATAN: Penting bagi Anda untuk selalu memberitahu Departemen Layanan Sosial California setiap perubahan alamat surat tetap Anda.

E. KETURUNAN PRIBUMI AMERIKA:

Apakah Anda, salah satu orang tua Anda atau saudara lain keturunan Indian Amerika? Ya Tidak

Jika Ya, sebutkan nama suku dan lokasi dan tingkat keturunan Indian, (jika diketahui). _____

F. BIMBINGAN PSIKOLOGIS:

Apakah Anda pernah dirawat oleh psikolog, psikiater, pekerja sosial atau penasehat lain untuk masalah emosional atau psikologis apa pun yang mungkin Anda alami? Ya Tidak

Jika Ya, isi item berikut ini.

TANGGAL DAN ALASAN PERAWATAN:

NAMA TERAPIS DAN/ATAU BADAN YANG MEMBERIKAN PERAWATAN:

LOKASI:

TULISKAN PENGOBATAN YANG DIBERIKAN SELAMA PERAWATAN ANDA:

ALASAN PEMBERHENTIAN JIKA ANDA TIDAK LAGI DALAM PERAWATAN:

G. PERTANYAAN ADOPSI: (Hanya Untuk Adopsi Independen)

1. Apakah Anda memiliki pengacara (penasehat hukum) sendiri selama adopsi ini? Ya Tidak

2. Apakah pengacara Anda juga pengacara untuk orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak Tidak Tahu

3. Siapa yang membayar biaya kehamilan, perawatan pra-persalinan, dan persalinan dan lain-lain? _____

4. Berapa banyak mereka membayar? (*Harap tunjukkan jika Anda tidak tahu*) _____

5. Undang-undang Adopsi California menyatakan bahwa orang tua kandung yang menyerahkan anaknya untuk diadopsi harus mengetahui langsung informasi berikut ini tentang calon orang tua angkat: nama lengkap mereka yang sah; usia; agama; ras atau suku bangsa; lama pernikahan sekarang dan jumlah pernikahan sebelumnya; pekerjaan; apakah ada anak kecil atau orang dewasa lain yang tinggal di rumah mereka; apakah ada anak lain yang tidak tinggal di rumah mereka dan kewajiban membiayai anak-anak tersebut dan kegagalan apa pun dalam memenuhi kewajiban ini; kondisi kesehatan apa pun yang dapat mengurangi harapan hidup mereka, atau menghambat kegiatan sehari-hari mereka; tuduhan kejahatan apa pun selain pelanggaran lalu-lintas ringan; pencabutan pengasuhan anak karena pelecehan atau pengabaian; dan lingkungan tempat tinggal mereka, atau jika diminta, alamat mereka.

6. Apakah Anda memiliki setidaknya informasi ini tentang orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak

7. Informasi tambahan apa yang Anda inginkan atau perlukan tentang orang tua yang mengadopsi? _____

8. Apakah Anda pernah bertemu orang tua yang mengadopsi? Ya Tidak

9. Jika Ya, seberapa baikkah Anda mengenal mereka? _____

TANDA TANGAN AYAH KANDUNG

TANGGAL PENGISIAN FORMULIR

Informasi di atas diberikan oleh: (*Tandai kotak yang berlaku*)

Ibu kandung Ayah kandung Orang lain (*jelaskan*) _____

NAMA ANAK:	NOMOR KASUS:
NAMA PETUGAS:	NAMA BADAN:

BAGIAN II – INFORMASI NON IDENTITAS TENTANG AYAH KANDUNG

Informasi ini akan diberikan kepada orang tua yang mengadopsi dan dapat diperoleh anak Anda. Harap menjawab semua pertanyaan selengkap mungkin.

BAGIAN I – KARAKTERISTIK AYAH KANDUNG SAAT KELAHIRAN ANAK YANG DIADOPSİ

A. INFORMASI UMUM DAN GAMBARAN FISIK:

TINGGI	BERAT BADAN BIASANYA	WARNA MATA	WARNA KULIT	WARNA RAMBUT ALAMI	TEKSTUR RAMBUT ALAMI (TANDAI SEMUA YANG BERLAKU)
					<input type="checkbox"/> HALUS <input type="checkbox"/> SEDANG <input type="checkbox"/> KASAR <input type="checkbox"/> LURUS <input type="checkbox"/> IKAL <input type="checkbox"/> KERITING <input type="checkbox"/> BOTAK
TANGGAL LAHIR (HANYA TAHUN)	TEMPAT LAHIR (HANYA NEG. BAGIAN)	GOL. DARAH	Faktor RH	TIPE BADAN	APAKAH ANDA TIDAK KIDAL? <input type="checkbox"/> KIDAL? <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> TULANG KECIL <input type="checkbox"/> TULANG SEDANG <input type="checkbox"/> TULANG BESAR	

Ras/Suku Bangsa

- Putih Hispanik Filipino Hitam Asia atau Kepulauan Pasifik
 Indian Amerika atau Pribumi Alaska Lain-lain (Jelaskan) _____

Jika Indian Amerika atau Pribumi Alaska, harap menyebutkan nama suku dan tingkat keturunan Indian (jika diketahui) _____

ASAL-USUL KEBANGSAAN SPESIFIK (CONTOH: IRLANDIA, PERANCIS, JERMAN, KANTON, MEKSIKO, NIGERIA)

B. PENDIDIKAN:

KELAS TERAKHIR YANG DISELESAIKAN	MASIH BERSEKOLAH?	NILAI DI SEKOLAH BIASANYA	PELATIHAN LAIN
	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		

KEGIATAN EKSTRA KURIKULER

PELAJARAN YANG DIMINATI

C. PEKERJAAN:

PEKERJAAN SEKARANG	SUDAH BERAPA LAMA?	PEKERJAAN BIASANYA?

APA PEKERJAAN YANG ANDA INGINKAN? (CONTOH: UNTUK MENJADI GURU, TUKANG LAS, PRAMUNIAGA)

D. KEPRIBADIAN:

GAMBARKAN KEPRIBADIAN ANDA DALAM HAL PERILAKU, SIKAP, SUASANA HATI PADA UMUMNYA, KEGIATAN YANG BIASA ANDA IKUTI, TIPE ORANG YANG ANDA SUKAI, DLL.

GAMBARKAN BAKAT, HOBI DAN TUJUAN HIDUP ANDA.

E. PERTANYAAN ADOPSI:

1. APA AGAMA ANDA?

2. APAKAH ANDA RELA ANAK ANDA DIBESARKAN DALAM KEYAKINAN AGAMA ORANG TUA YANG MENGADOPSI, JIKA BERBEDA DARI AGAMA ANDA? YA TIDAK

JIKA TIDAK, KEYAKINAN AGAMA APA YANG ANDA INGINKAN UNTUK ANAK ANDA?

MENGAPA ANDA MENYERAHKAN ANAK INI UNTUK DIADOPSI? (HARAP MENJAWAB SELengkap Mungkin. INI PERTANYAAN YANG PALING SERING DIAJUKAN OLEH ANAK YANG DIADOPSI PADA BADAN ADOPSI.)

JIKA ANAK ANDA TIDAK DISERAHKAN UNTUK DIADOPSI SAAT LAHIR, BERIKAN INFORMASI TENTANG PERAWATAN, KESEHATAN DAN PERKEMBANGAN ANAK SEBELUM DISERAHKAN.

BAGAIMANA PERASAAN ANDA SEANDAINYA ANAK YANG DIADOPSI MENGHUBUNGI ANDA SETELAH IA DEWASA?

F. RIWAYAT KESEHATAN PRIBADI:

GAMBARKAN KESEHATAN ANDA SECARA UMUM

PENYAKIT MASA ANAK-ANAK APA YANG PERNAH ANDA ALAMI?

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|
| WHOOPING COUGH <input type="checkbox"/> | DEMAM ALERGI <input type="checkbox"/> | INFEKSI TELINGA <input type="checkbox"/> | DEMAM REMATIK <input type="checkbox"/> | CAMPAK: RUBELA (3 HARI) <input type="checkbox"/> |
| GONDOK <input type="checkbox"/> | ROSEOLA <input type="checkbox"/> | ENSEFALITIS <input type="checkbox"/> | BISING JANTUNG <input type="checkbox"/> | INFEKSI SAL. KENCING <input type="checkbox"/> |
| RUBELA (2 MINGGU) <input type="checkbox"/> | CACAR AIR <input type="checkbox"/> | ASMA <input type="checkbox"/> | MENINGITIS <input type="checkbox"/> | SKARLATINA <input type="checkbox"/> |
| LAIN-LAIN (Sebutkan) _____ | | | | |

PERNAH MENJALANI OPERASI BERAT?

YA TIDAK JIKA YA, UNTUK KONDISI APA dan kapan?

APAKAH ANDA

KEMBAR DUA KEMBAR TIGA

APAKAH ANDA

KEMBAR LAIN

APAKAH ANDA

KEMBAR IDENTIK ATAU

KEMBAR PATERNAL

APAKAH ANDA MENGKONSUMSI ALKOHOL, TEMBAKAU ATAU NARKOBA SEBELUM PEMBUAHAN ANAK TERSEBUT?

YA TIDAK JIKA YA, TULISKAN DAFTAR ZAT TERSEBUT, BERAPA LAMA DIGUNAKAN DAN SEBERAPA SERING.

G. RIWAYAT KELUARGA:

APAKAH ANDA ATAU ANGGOTA KELUARGA DEKAT ANDA DIADOPSISI?

YA TIDAK JIKA YA, HARAP TULISKAN SIAPA

	AYAH KANDUNG ANDA		IBU KANDUNG ANDA	
	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Usia sekarang				
Jika meninggal, usia saat meninggal.....				
Penyebab kematian.....				
Tinggi & Berat Badan	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Warna dan tekstur rambut.....				
Warna mata.....				
Warna kulit				
Kidal atau tangan kanan.....				
Ciri-ciri yang menonjol.....				
Pendidikan terakhir.....				
Pekerjaan				
Ras/Suku Bangsa	<input type="checkbox"/> PUTIH <input type="checkbox"/> HISPANIK <input type="checkbox"/> HITAM <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN <input type="checkbox"/> ASIA ATAU KEPULAUAN PASIFIK <input type="checkbox"/> INDIAN AMERIKA ATAU PRIBUMI ALASKA		<input type="checkbox"/> PUTIH <input type="checkbox"/> HISPANIK <input type="checkbox"/> HITAM <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN <input type="checkbox"/> ASIA ATAU KEPULAUAN PASIFIK <input type="checkbox"/> INDIAN AMERIKA ATAU PRIBUMI ALASKA	
Kebangsaan				
Agama.....				
Apakah Orang Tua ini mengetahui kehamilan Anda?...	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	
Berapa saudaranya?				
Jika ada bibi atau paman Anda yang telah meninggal, tuliskan usia saat meninggal dan penyebab kematian				
	ORANG TUA AYAH ANDA		ORANG TUA IBU ANDA	
	AYAH	IBU	AYAH	IBU
Usia				
Jika telah meninggal, usia saat meninggal dan penyebab kematian				
Gambarkan penampilan fisik				
Tinggi & Berat Badan	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Ciri-ciri yang menonjol				
Pendidikan terakhir.....				
Pekerjaan sekarang atau sebelumnya				
Apakah ia mengetahui kehamilan Anda?.....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK

G. RIWAYAT KELUARGA: (LANJUTAN)

SAUDARA LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN ANDA

(Jika Anda memiliki lebih dari 4 saudara, harap menggunakan kertas tambahan)

	1	2	3	4		
Jenis Kelamin (Laki-laki atau Perempuan)						
Usia						
Jika telah meninggal, usia saat meninggal dan penyebab kematian						
Saudara kandung atau tiri Anda? ..	<input type="checkbox"/> KANDUNG <input type="checkbox"/> TIRI					
Tinggi & Berat Badan.....	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Warna dan tekstur rambut						
Warna mata						
Warna kulit.....						
Hobi dan bakat						
Kelas terakhir yang diselesaikan ...						
Masih bersekolah?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK				
Pekerjaan						
Mengetahui Kehamilan ini?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK				
Status pernikahan.....						
Jumlah anak yang mereka miliki ...						
Kesehatan anak-anak mereka.....						

ANAK ANDA LAINNYA

(Jika Anda memiliki lebih dari 4 anak, harap menggunakan kertas tambahan)

	ANAK #1	ANAK #2	ANAK #3	ANAK #4		
Tuliskan anak laki-laki atau perempuan						
Tanggal lahir atau usia.....						
Apakah anak ini saudara kandung atau saudara tiri anak yang akan diadopsi?.....	<input type="checkbox"/> KANDUNG <input type="checkbox"/> TIRI					
Jika telah meninggal, usia saat meninggal.....						
Penyebab kematian						
Tinggi & Berat Badan.....	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT	TINGGI	BERAT
Warna dan tekstur rambut						
Warna mata						
Warna kulit.....						
Kidal atau tangan kanan						
Kelas di sekolah						
Apakah anak ini tinggal bersama Anda?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK				
Hobi dan bakat						
Kesehatan secara umum.....						
Operasi berat.....						
Masalah kesehatan						
Apakah anak ini mengetahui kehamilan ini?.....	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK				

H. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA ANDA DAN SAUDARA LAIN

Tunjukkan dengan menandai kotak yang sesuai jika ANDA atau SAUDARA siapa pun (mis., orang tua, saudara perempuan, saudara laki-laki, bibi, paman, kakek/nenek, anak lain yang Anda lahirkan, dll.) telah atau sedang mengalami kondisi medis yang terdaftar di bawah ini. Tuliskan hubungan orang itu dengan Anda. Harap mengisi Bagian Komentar. Jika suatu kondisi medis menyebabkan kematian anggota keluarga, tuliskan hal ini dan perkiraan usia orang tersebut saat meninggal di Bagian Komentar.

KONDISI MEDIS	TIDAK AK	Tidak Tahu	YA Saya Sendiri	YA - SAUDARA (Jelaskan hubungannya)	KOMENTAR
A. KELAINAN BAWAAN					
1. Kaki pekuk atau masalah ortopedis apa pun (mis. telapak rata, dll.)					
2. Bibir sumbing atau celah langit-langit mulut					
3. Sindrom Down					
4. Kelainan Kromosom Lain					
5. Hidrosepalus					
6. Kelumpuhan otot					Bagian tubuh yang terkena? Usia saat terkena?
7. Kerdil					
8. Spina bifida					
9. Cacat jantung bawaan					
10. Anemia Sel Sabit					
11. Penyakit Tay-Sachs					
B. ALERGI					Alergi pada apa? Apa perawatan atau pengobatannya?
1. Eksim atau kondisi kulit lain					
2. Demam alergi atau alergi lain					
3. Alergi obat					Pada obat apa?
4. Alergi makanan					Pada makanan apa?
C. KELAINAN MATA, GIGI, TELINGA, DAN PERTUMBUHAN					
1. Buta, glaukoma, buta warna atau masalah penglihatan lain					
2. Kaca mata atau lensa kontak korektif					Pada usia berapa lensa korektif diperlukan?
Rabun jauh <input type="checkbox"/>					
Rabun dekat <input type="checkbox"/>					
Astigmatisme <input type="checkbox"/> (ketidak mampuan untuk berfokus)					
Strabismus <input type="checkbox"/> (mata juling)					
Lain-lain (jelaskan) <input type="checkbox"/>					
3. Kawat gigi atau pekerjaan ortodontis lain					Jika ya, pekerjaan ortodontis apa dan berapa lama?

H. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA ANDA DAN SAUDARA LAIN (Lanjutan)

KONDISI MEDIS	TIDAK AK	Tidak Tahu	YA Saya Sendiri	YA - SAUDARA (Jelaskan hubungannya)	KOMENTAR
4. Tuli atau masalah pendengaran lain					Pendidikan khusus? Jika "Ya", tuliskan mulai usia berapa.
5. Masalah bicara					
6. Ketidakmampuan belajar					Apa diagnosanya? Dirawat di Rumah Sakit?
7. Keterbelakangan: mental atau fisik					
D. KELAINAN SIRKULASI					
1. Hemofili					
2. Anemia sel sabit atau bawaan					
3. Hipertensi (tekanan darah tinggi)					Usia saat terkena? Apa perawatannya? Dirawat di Rumah Sakit?
4. Stroke					
5. Serangan jantung (koroner)					
6. Artritis					Apa jenisnya? Usia saat terkena? Bagian tubuh mana?
7. Penyakit ginjal					Usia saat terkena? Apa perawatannya?
E. KELAINAN HORMON					
1. Diabetes					
2. Kelainan Kelenjar Gondok					
3. Obesitas (kegemukan)					
F. KELAINAN PERNAPASAN					
1. Asma					
2. Emfisema					Usia saat terkena?
3. Tuberkolosis					Usia saat terkena? Apa jenisnya? Bagian tubuh mana?
G. KELAINAN MENTAL DAN PERILAKU					
1. Terdiagnosa schizophrenia					Usia saat terkena? Apa perawatannya? Dirawat di Rumah Sakit?
2. Terdiagnosa manik depresif					
3. Penyakit mental lain. Gambarkan, dengan halaman tambahan, bila perlu					
4. Alkoholisme atau peminum berat					
5. Penggunaan obat-obatan					Jenis, Jumlah, dan kapan diminum?

H. RIWAYAT KESEHATAN ANDA, ORANG TUA ANDA DAN SAUDARA LAIN (Lanjutan)

KONDISI MEDIS	TID-AK	Tidak Tahu	YA Saya Sendiri	YA - SAUDARA (Jelaskan hubungannya)	KOMENTAR
H. KELAINAN LYMPHATIC (GETAH BENING)					Apa jenisnya? Usia saat terkena? Bagian tubuh mana?
1. Kanker					
2. Tumor					
3. Cystic fibrosis					
4. Penyakit Hodgkins					
I. KELAINAN SISTEM SARAF					Bagian tubuh yang terkena? Usia saat terkena?
1. Sklerosis multipleks					
2. Penyakit Huntington					
3. Cerebral palsy (Kelumpuhan otak besar)					
4. Kejang atau sawan					Usia saat terkena? Apa perawatannya? Frekuensi?
5. Epilepsi (Ayan)					
J. INFEKSI, PERAWATAN DI RUMAH SAKIT					Diagnosa?
1. Serangan demam berulang dengan infeksi yang diketahui					
2. Infeksi parah berulang yang memerlukan perawatan di rumah sakit					
3. Perawatan di Rumah Sakit, operasi, atau cedera					Untuk apa? Kapan?
K. MASALAH MEDIS ATAU KESEHATAN LAIN					